|  |  |
| --- | --- |
| **City and County of San Francisco**  **Department of Public Health** | **NOTICE OF**  **ADVERSE BENEFIT DETERMINATION**  GRIEVANCE/APPEAL RESOLUTION |

# 不利福利認定通知書

# 關於您的申訴或上訴決議

Date

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiary's Name | Treating Provider's Name |
| Address | Address |
| City, State, Zip | City, State, Zip |
| Medi-Cal號碼 | Telephone Number |

### 事由：File #

我們的紀錄顯示您在date filed向三藩市行為健康服務部提出grievance or appeal。很遺憾，三藩市行為健康服務部未能在規定的時限內完成grievance or appeal的審核。

我們很抱歉延遲處理您的grievance 或上訴。我們正在處理，將會盡快向您提供我們的決定。

您可以對本決定提出上訴。隨附的「您的權利」資訊通知會說明上訴方式，也會告訴您可在何處獲得上訴的協助。這也代表免費的法律協助。我們鼓勵您寄出可能對您的上訴有幫助的任何資訊或文件。隨附的「您的權利」資訊通知會說明提出上訴時必須遵守的時間表。

三藩市行為健康服務部可以幫助您解答對於本通知的任何問題。如需協助，可以致電申訴／上訴辦公室電話號碼415-255-3632。如果您有言語或聽力困難，請在週一至週五上午8點到下午5點致電TDD號碼1-888-484-7200尋求協助。

如果您需要本通知及（或）其他計畫文件的替代格式，例如大字版、點字或電子格式，或是您需要閱讀資料的協助，請致電415-255-3632聯絡申訴／上訴辦公室。

如果計劃無法提供讓您滿意的幫助及（或）您需要額外幫助，州立Medi-Cal管理式保健部的申訴專員辦公室可以幫助解答您的疑問。您可以在週一至週五太平洋時間上午8點到下午5點致電1-888-452-8609，假日除外。

本通知不會影響您其他的Medi-Cal服務。

附件： NOABD「您的權利」

語言協助標籤

受益人反歧視通知

cc: Quality Management